



DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD INTERIOR DE ARIZONA

Formulario de Queja por Discriminación

Fecha de Vigencia
01/12/2020

Un empleado, cliente, usuario, participante del programa o sub-beneficiario del Departamento de Seguridad Nacional de Arizona (AZDOHS) puede presentar una queja por discriminación al AZDOHS. La queja debe ser por escrito (Formulario de Queja por Discriminación del AZDOHS), **realizarse dentro de los 180 días posteriores a la presunta discriminación** y enviarse al Coordinador del Programa de No Discriminación a través de una de las siguientes formas:

- Correo electrónico: hs@azdohs.gov
- Fax: 602-542-1729
- US Mail:

Nondiscrimination Program Coordinator
Arizona Department of Homeland Security
1700 W. Washington, Suite 210
Phoenix, AZ 85007

Su Información	
Nombre:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	
Dirección:	
Dirección 2:	
Ciudad/Localidad:	
Estado/Provincia:	
Código Zip:	
Información de Contacto Alternativa:	
Teléfono de Contacto Alternativo:	
Parte o Empresa contra la que se Queja:	
Nombre de la Parte/Empresa:	
Dirección:	
Dirección 2:	
Ciudad/Localidad:	
Estado/Provincia:	
Código Zip:	
Información sobre la Queja	
Seleccione la opción que mejor describa la categoría de la discriminación.	Elija una opción.
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o	Elija una opción.



DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD INTERIOR DE ARIZONA
Formulario de Queja por Discriminación - Página 2

local o ante alguna corte federal o estatal?	
Si ha presentado esta queja ante otra entidad, por favor marque todas las que correspondan.	<input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Corte Federal <input type="checkbox"/> Agencia Estatal <input type="checkbox"/> Corte Estatal <input type="checkbox"/> Agencia Local
Por favor, proporcione la información de contacto de la agencia o corte donde se presentó la queja.	Nombre: Dirección: Ciudad/Estado/Código Zip: Teléfono:
Por favor, proporcione un breve resumen de su queja por discriminación a continuación. Explique lo que sucedió y quién cree que fue el responsable.	
Fecha del último presunto acto de discriminación:	
¿Continúa la presunta discriminación?	Elija una opción.
Al enviar este formulario, declaro, bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Arizona, que la información contenida en este formulario es verdadera y precisa.	
Firma:	
Fecha:	